

Déficit d'attention et tics chroniques chez l'enfant : quel traitement psychopharmacologique ?

P. Fumeaux (1) (2), O. Revol (1), B. Burnand (3)

CÔTÉ COCHRANE



Cet article présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* (www.cochrane.org) : Pringsheim T., Steeves T. : « Pharmacological treatment for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children with comorbid tic disorders », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011 ; 4 : CD007990.

CONTEXTE

Chez l'enfant, le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) constitue un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents et est retrouvé chez plus de 50 % des enfants avec des tics. Or, les traitements du TDA/H sont soupçonnés d'aggraver ou d'être à l'origine de tics chez les enfants présentant un TDA/H.

RÉSULTATS

Huit essais randomisés en double insu ont comparé l'effet de différents traitements médicamenteux sur les symptômes de TDA/H et les tics (moteurs et/ou vocaux) chez des enfants, quantifiés selon plusieurs échelles et questionnaires. Des psychostimulants (méthylphénidate, dextroamphétamine) et des non-psychostimulants (α -agonistes : clonidine, désipramine, guanfacine ; IMAO : déprényl ; inhibiteur sélectif de

la recapture de la NA : atomoxétine) ont été étudiés. Les participants étaient majoritairement des garçons âgés de cinq à dix-sept ans et les études englobaient de 22 à 148 patients.

□ A l'exception du déprényl, toutes ces molécules semblent diminuer les symptômes du TDA/H.

□ Les α -agonistes étudiés et le méthylphénidate (seul ou associé à la clonidine) auraient tendance à améliorer les tics.

□ L'atomoxétine ne les aggraverait pas.

LIMITES

□ En raison de l'hétérogénéité des études, il fut impossible de comparer l'efficacité des médicaments ; une méta-analyse n'a pas été possible.

□ Les critères diagnostiques du TDA/H et des tics (qui sont des syndromes) diffèrent selon les études (DSM III, DSM III-R, DSM IV-TR, CIM 10), de même que les outils de mesure (19 questionnaires pour le TDA/H, 9 pour les tics).

□ Un seul essai utilisait une approche pluridisciplinaire, avec une évaluation clinique complétée par une psychométrie et des questionnaires parents et/ou enseignants, telle que recommandée (National Collaborating Centre for Mental Health).

□ Aucun essai n'a porté sur la rispéridone, qui pourtant est utilisée comme traitement des tics et, en seconde intention et en association aux psychostimulants, du TDA/H.

CAS CLINIQUE

Scénario

Un garçon de onze ans présentant un déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et des tics vocaux est en difficulté scolaire et souffre de moqueries de ses camarades.

Question

Quel traitement pharmacologique lui prescrire afin d'améliorer ses symptômes de TDAH sans risquer d'aggraver ses tics ?

Voir réponse page suivante →

Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances dans ce domaine. Il ne s'agit donc pas de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

Rubrique dirigée par B. Burnand

Disponibilité en France, Suisse et Belgique des molécules étudiées

	France	Suisse	Belgique
<input type="checkbox"/> méthylphénidate	Ritaline®	Ritaline®	Ritaline®
<input type="checkbox"/> dextroamphétamine	ND	ND	ND
<input type="checkbox"/> clonidine	Catapressan®	Catapresan®	Catapressan®
<input type="checkbox"/> désipramine	ND	ND	ND
<input type="checkbox"/> guanfacine	ND	ND	ND
<input type="checkbox"/> sélégiline	Déprényl® Otrasel® Sélégiline Mylan®	Sélégiline Mepha® Sélégiline Helvepharm®	Eldepryl®
<input type="checkbox"/> atomoxétine	ND	Strattera®	Strattera®

ND : non disponible (non commercialisé, retiré du marché...)

Réponse

Dans cette situation, l'introduction de méthylphénidate, en l'absence de contre-indications, nous paraît la plus indiquée. En cas de péjoration des tics, d'autres molécules pourraient être considérées en seconde intention : atomoxétine (Suisse, Belgique), clonidine (France), voire l'association rispéridone-méthylphénidate.

sent indispensables, tandis que les effets de nouvelles molécules restent à investiguer.

Affiliations des auteurs

- (1) Hospices civils de Lyon, service de neuropsychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital neurologique Pierre-Wertheimer, 69 boulevard Pinel, 69677 Bron cedex.
- (2) Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Université de Lausanne (UNIL), service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Bugnon 23A, 1011 Lausanne, Suisse.
- (3) Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV et UNIL, et Cochrane Suisse, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse.

Plusieurs molécules étudiées ne sont pas utilisées en routine ou ne sont pas commercialisées en France, en Suisse et/ou en Belgique (voir tableau).

ver les tics, y compris le méthylphénidate, qui demeure un traitement de choix. Dans les situations où une aggravation des tics serait toutefois observée sous psychostimulant, les α -agonistes (clonidine, guanfacine) peuvent être considérés en seconde intention. L'utilisation de désipramine devrait être limitée en raison de sa cardiotoxicité.

Des efforts pour mieux standardiser les recherches dans ce domaine apparais-

CONCLUSIONS

DES AUTEURS

Dans leur ensemble, les différentes molécules étudiées ne semblent pas aggra-

